

## Solicitud de Enmienda a la Asistencia para la Adopción – Confirmación de Necesidades Características Emocionales

### ADOPTION ASSISTANCE AMENDMENT REQUEST – CONFIRMATION OF NEEDS EMOTIONAL CHARACTERISTICS

**Uso del formulario:** Esto confirma las necesidades especiales de atención del niño identificado abajo. El formulario Confirmation of Needs debe ser completado por un profesional adecuado (por ejemplo, médico, terapeuta, psicólogo, personal de la escuela, etc.). La información personal que proporcione se puede utilizar para fines secundarios [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

**Instrucciones:** Indique las características indicadas abajo que reflejan las necesidades especiales de atención **que no son adecuadas para la edad**. Firme, coloque la fecha y proporcione su relación profesional con el menor.

Nombre – Niño		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Nombre – Persona que completa el formulario (en letra de molde)		Relación profesional con el menor
Afiliación – (ej., escuela / guardería / instalación médica)		
Nombre:		
FIRMA – Persona que completa el formulario	Número de teléfono	Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)

**(Marque todas las que NO SON adecuadas para la edad presentadas por el niño indicado arriba)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Exige atención excesiva<br><input type="checkbox"/> Requiere supervisión de cerca con frecuencia<br><input type="checkbox"/> Requiere supervisión constante e intensiva<br><input type="checkbox"/> Requiere estructura diaria<br><input type="checkbox"/> Muestra sobreactividad y sobreexcitación<br><input type="checkbox"/> Nervioso<br><input type="checkbox"/> Inquieto<br><input type="checkbox"/> Impulsivo<br><input type="checkbox"/> Suele resistirse<br><input type="checkbox"/> Personalidad infantil / inmadura<br><input type="checkbox"/> Berrinches frecuentes que duran más de 10 minutos<br><input type="checkbox"/> Berrinches frecuentes que duran más de 20 minutos<br><input type="checkbox"/> Berrinches frecuentes que duran más de 30 minutos<br><input type="checkbox"/> Agitado<br><input type="checkbox"/> Hiperactivo | <input type="checkbox"/> Orina o defeca en la ropa durante las horas del día varias veces a la semana<br><input type="checkbox"/> Baja autoestima y confianza<br><input type="checkbox"/> Abstraído / deprimido / ansioso crónicamente<br><input type="checkbox"/> Periódicamente abstraído e indiferente; evita sentimientos<br><input type="checkbox"/> Lloriquea, discute, dice malas palabras, manipula, etc. ocasionalmente,<br><input type="checkbox"/> Dificultad frecuente para comunicarse con los demás; evita sentimientos<br><input type="checkbox"/> Con frecuencia no hace lo que se espera de él/ella<br><input type="checkbox"/> Responde a las situaciones con apatía<br><input type="checkbox"/> Dificultad para establecer / mantener relaciones<br><input type="checkbox"/> Problemas serios de apego<br><input type="checkbox"/> Demuestra conflictos culturales / sociales<br><input type="checkbox"/> Se lastima a sí mismo; extremadamente propenso a accidentes<br><input type="checkbox"/> Necesita programas de comportamiento que requiere capacitación de los padres.<br>Explique: _____<br>_____ |
|--|--|

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Espectro de atención corto   | <input type="checkbox"/> Participa de un programa de manejo del comportamiento    |
| <input type="checkbox"/> Hiperactividad grave al punto de tener carácter destructivo o insomnio       | <input type="checkbox"/> Comportamiento raro o gravemente perturbado; destructivo |
| <input type="checkbox"/> Se moja ocasionalmente durante la noche                                      | <input type="checkbox"/> Tiene anorexia nerviosa u otro trastorno alimenticio     |
| <input type="checkbox"/> Se orina de forma frecuente durante la noche – ocasionalmente defeca o ambos | Explique: _____   |
| <input type="checkbox"/> Otras características – Especifique: _____                                   | _____   |
| _____   | _____   |
| _____   | _____   |
| _____   | _____   |

**NOTA: Hay características adicionales enumeradas en la parte de atrás de esta página**

Devuelva el formulario completo a:

Social Services Specialist  
 Department of Children and Families  
 Division of Safety and Permanence  
 Bureau of Permanence and Out-of-Home Care  
 P.O. Box 8916  
 Madison, WI 53708-8916  
 O  
 Enviar por fax a: (608) 264-6750